FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

332

Année 1910

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Albert-Alexandre-Jean-Charles BARRIO

Né à Luz (Hautes-Pyrénées), le 13 avril 1884.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Grossesse Gémellaire

INTRA ET EXTRA-UTÉRINE COMBINÉE

Président : M. Paul SEGOND, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^ie^ Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

Grossesse Gémellaire

INTRA & EXTRA-UTÉRINE COMBINÉE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de voir opérer par le Dr Le Nouëne à l'hôpital Pasteur du Havre un cas de grossesse tubaire et de grossesse utérine combinée nous avons cru intéressant de rechercher les observations déjà publiées de grossesse gémellaire intra et extra-utérine et d'en faire le sujet de notre thèse.

Nous laisserons de côté les cas longuement étudiés par Funck-Brentano et Schulh où une grossesse normale est survenue chez une femme ayant

eu antérieurement une grossesse ectopique et nous traiterons seulement des cas de gémellité, c'est-à-dire des cas où une grossesse intra-utérine coïncide avec une grossesse tubaire.

Les thèses de Paccalin de Lyon et de Dupouy de Paris, ont bien mis au point la symptomatologie de cette question. Nous nous efforcerons, en complétant le travail de nos devanciers au point de vue clinique, de joindre quelques considérations au point de vue de la pathogénie et du traitement.

Nous devons au début de ce travail remercier tous ceux qui nous ont guidé pendant nos études médicales. Nous avons contracté une dette de reconnaissance envers nos maîtres de la Faculté de Toulouse et envers nos maîtres de la Faculté de Paris. Nous n'oublierons jamais ce qu'ils ont fait pour nous.

Le Dr Le Nouëne, du Havre, dont nous avons suivi le service à l'hôpital Pasteur, nous a donné des conseils dont nous le remercions vivement. Il nous a indiqué le sujet de notre thèse, et nous a montré quel intérêt s'attachait à la question de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine.

Nous remercions non moins vivement nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, les Drs Doléris et Renon, le professeur Raymond qui nous ont prodigué leurs excellents conseils ; et enfin nous remercions particulièrement le professeur Segond

dont nous avons été l'élève et qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Notre sujet sera ainsi divisé :

Chapitre I. — *Historique*.
Chapitre II. — *Anatomie pathologique et Pathogénie*.
Chapitre III. — *Symptomatologie et Diagnostic*.
Chapitre IV. — *Traitement. Observations. Conclusions*.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Avant la période antiseptique on ne trouve rien sur le sujet qui nous intéresse. Levret parle avec quelque mystère de « mauvaise grossesse », mais à défaut d'observations chirurgicales on ne trouve même pas dans les descriptions d'autopsies de rapport sur un cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine. Il a fallu que les interventions chirurgicales soient pratiquées chez des femmes atteintes de grossesse ectopique pour que la coïncidence de la grossesse tubaire et de la grossesse utérine soit reconnue. Bientôt, du reste, l'étude des phénomènes de l'ovulation attirait l'attention des chirurgiens et des anatomistes sur les observations signalées de grossesse gémellaire normale et anormale associées, et depuis quelques années les publications se succèdent de cas observés au cours

d'opération pour rupture tubaire ou constatés sur la table d'autopsie. La plupart des observations sont rapportées hors de France et il faut arriver à l'article de Pinard dans le *Dictionnaire encyclopédique* pour trouver un paragraphe relatif à cette question. Il dresse un tableau récapitulatif de 24 cas collectionnés par Browne en 1882 et dont le dernier, de Galabin, remonte à 1881.

Dans le *Traité de l'Art des Accouchements* de Tarnier et Budin paraissait un chapitre intitulé : Complications de la grossesse utérine. Mais les auteurs se contentaient de quelques lignes sur les deux points suivants : grossesse extra-utérine récente et grossesse utérine ; grossesse extra-utérine ancienne et grossesse utérine. A cette époque, du reste, les observations étaient encore peu nombreuses.

C'est à Duverney que semble due la première observation bien nette de grossesse intra et extra-utérine combinée. Dans ce cas publié dans les *Œuvres anatomiques* de Duverney en 1708, il s'agissait d'une femme de vingt et un ans, enceinte de trois mois.

Nous avons ensuite les rares observations de Mascagni (1810), de Mme Lachapelle (1811), de Cliet (1818), de Gœsmann (1820), de Frank Petrunti (1834).

J. Parry tenta en 1876 d'établir la proportion

de grossesses intra et extra-utérines simultanées par rapport aux grossesses ectopiques.

En 1892, Gützwiller rapportait dans les *Archiv für Gynækologie* 17 cas dispersés dans la littérature médicale, mais déclarant que 8 de ces cas seulement lui semblaient d'une authenticité indiscutable.

Von Shrenk, en 1894, étudia comme Parry la fréquence de la grossesse intra et extra-utérine simultanée.

En 1901, Hanna Wilsin réunit 68 observations qui paraissent bien rapporter tous les cas jusque-là publiés.

En France, la thèse de Pacalin, de Lyon, en 1903, et le travail de Bichat de Nancy paru la même année étudient les observations antérieures et relatent quelques cas nouveaux.

La thèse de Dupouy en 1904 citait une observation personnelle et groupait les cas déjà rapportés par Hanna Wilsin et par Pacalin.

En 1909 la *Revue médicale de Normandie* publie une observation de Bichat et Marchal.

Comme on le voit la question de la grossesse utérine et extra-utérine combinée a suscité peu de travaux. Dans un des ouvrages d'obstétrique le plus récent, celui de Bar, Brindeau et Chambrelent, nous ne trouvons sur ce sujet que quelques lignes :

« La coexistence d'une grossesse ultérine et

d'une grossesse ectopique ne semble pas très rare puisque Zinke a pu en recueillir 88 cas. De l'examen de ces faits, il résulte que le plus souvent les deux grossesses sont interrompues, l'une par l'avortement, l'autre par rupture du sac ou mort de l'embryon. Dans quelques observations exceptionnelles, les deux fœtus sont venus vivants à terme, l'un par les voies naturelles et l'autre par la laparotomie. Le pronostic est encore plus grave que dans les cas de grossesse ectopique simple, car généralement le diagnostic n'est pas posé. »

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Dans la grossesse intra et extra-utérine combinée, l'aspect du kyste de l'utérus, des annexes, n'offre rien de particulier, comme dans la grossesse ectopique unilatérale ou double on trouve souvent ici des adhérences des annexes avec les différents organes du petit bassin et ces adhérences indiquent non seulement le processus de réaction péritonéale consécutif à l'hématocèle, mais aussi une lésion antérieure des trompes et des ovaires, tant il est vrai que la grossesse extra-utérine quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente évolue presque toujours chez des femmes déjà atteintes d'annexite.

Dans les observations rapportées tantôt le kyste fœtal n'est pas encore rompu ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la rupture s'est produite et

le sang a envahi en plus ou moins grande abondance la cavité péritonéale.

Les auteurs ne disent pas dans tous les cas le siège de la grossesse ectopique qui accompagnait la grossesse normale.

Sur un ensemble de 97 observations, 42 fois le siège fut tubaire, 17 fois à droite, 16 fois à gauche, 7 fois la latéralité ne fut pas mentionnée.

En outre 8 fois la grossesse fut tubo-ovarique, 3 fois tubo-utérine, 10 fois abdominale. Enfin elle fut une fois péritonéale et 2 fois le fœtus siégeait dans le Douglas.

L'âge de la femme ne présente pas de caractère spécial. Comme dans la grossesse ectopique le maximum de fréquence paraît être de vingt-cinq à trente-cinq ans. Presque toujours il s'agit de femmes qui sont en pleine vie génitale. Mascagni parle d'une femme qui avait eu 19 enfants. Au contraire, Fasola, Dumollard, Rivet ont observé des grossesses extra et intra-utérines associées chez des femmes mariées depuis de longues années et stériles. Fasola cite des cas de grossesse ectopique survenue chez des femmes qui avaient eu déjà un ou plusieurs enfants et qui étaient ensuite restées stériles.

D'après les observations il ne semble pas que la grossesse intra et extra-utérine combinée se présente plus souvent dans certains pays. D'après

Pontoynont de Tananarive cette forme de grossesse gémellaire ne serait pas rare à Madagascar et spécialement à Smyrne. On ne voit pas non plus dans les cas rapportés l'influence de l'hérédité.

Le plus souvent les grossesses antérieures ont été normales et même à terme. Rarement on a dû recourir à des manœuvres obstétricales, telles que l'application du forceps ou la version (Haderap, Latter Shwait, Dumollard, Galabin, Boyd). Il est à noter que parfois nous trouvons dans les antécédents de ces femmes des avortements et des accouchements prématurés (Ambrosini, Behm, Galabin, Herzfeld, Martin, Dikson, Walther, Hermès, Warnek, Cantwell, Pollosson, Moulonguet.

Dans le cas de Otto-Küstner nous trouvons une grossesse gémellaire dans les antécédents.

Nous avons dit que la grossesse à la fois intra et extra-utérine se rencontre très rarement. Mais quelle est sa fréquence relative par rapport à la grossesse ectopique unilatérale et bilatérale et par rapport à la grossesse gémellaire normale ?

1° La grossesse ectopique unilatérale nous paraît fréquente ; Küstner à Breslau, opéra à lui seul 107 malades en l'espace de cinq ans et dans un service de chirurgie important il n'est guère de mois où une grossesse extra-utérine ne soit opérée pour confirmer un diagnostic juste ou ne vienne remplacer au cours de l'opération le fibrome

ou la salpingo-ovarite pour lesquels le chirurgien avait pris le bistouri. J. Parry, en 1876, rechercha la proportion des grossesses extra et intra-utérine combinées par rapport à la grossesse ectopique unilatérale.

Sur 500 cas il en trouve 22 dans lesquels il y avait à la fois grossesse intra et extra-utérine, mais sur ces 22 cas, 2 fois seulement, dit-il, les œufs furent fécondés en même temps, soit une proportion de 4 o/oo. Von Shrenk, sur un ensemble de 610 cas, rencontre 4 fois seulement la coïncidence d'une grossesse ectopique et d'une grossesse normale soit une proportion de 6,6 o/o.

2° Il semble que la grossesse bilatérale soit encore plus rare que la grossesse intra et extra-utérine combinée. Dans un travail paru en 1904 dans la *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, Payle et Mandrot n'ont pu réunir que 29 cas de grossesse ectopique double, tandis que notre statistique intra et extra-utérine simultanée comporte 97 observations.

3° Parry a encore comparé la fréquence de la grossesse qui nous occupe avec celle de la grossesse gémellaire normale et il est arrivé à une conclusion extraordinaire. La grossesse gémellaire serait quatre fois plus fréquente dans la grossesse intra et extra-utérine simultanée que dans la grossesse utérine normale. Il est bien évident que

cette opinion est contraire aux faits de l'expérience dechaque jour. D'après les auteurs récents ou classiques on compte une grossesse gémellaire normale environ sur 90 grossesses uniquement intra-utérines. Donc la grossesse gémellaire intra et extra-utérine combinée est incomparablement plus rare. Il vaut mieux conclure qu'il est actuellement impossible d'établir un pourcentage exact à ce sujet.

On peut se demander quels sont les facteurs capables de faire qu'au cours d'une grossesse gémellaire, après l'imprégnation des ovules l'un d'eux se développe normalement dans la cavité utérine, tandis que l'autre se développe en ectopie. Voyons rapidement les causes de la grossesse gémellaire normale et celle de la grossesse ectopique unilatérale.

I. — « Pour qu'il y ait grossesse gémellaire en général, disent Richemont-Dessaignes et Lepage une des conditions suivantes est nécessaire du côté de la femme :

» 1° Deux vésicules de Graaf appartenant au même ovaire ou chacune à un ovaire différent, se rompent et laissent échapper deux ovules ;

» 2° Une vésicule de Graaf contient deux ovules qui sont fécondés en même temps ;

» 3° Une vésicule de Graaf se rompt et n'émet qu'un seul ovule, mais cet ovule contient deux

germes (Balbiani), quel qu'ait été le mécanisme de la gémellité la grossesse est le résultat de la fécondation de deux germes. »

II. — Au cas de grossesse ectopique il est naturel d'admettre qu'un obstacle à la migration de l'ovule est la cause de l'arrêt et du développement de celui-ci sur un point anormal. Nous avons vu que dans la plupart des opérations pour grossesse ectopique on trouve des lésions des organes du petit bassin et surtout des annexes. N'est-il pas probable que les altérations inflammatoires des trompes et des ovaires, les brides et les adhérences de la pelvi-péritonite ou encore la présence d'un polype dans la trompe (Wyder), une malformation congénitale empêchent l'ovule de suivre son évolution normale ?

Dupouy émet l'hypothèse suivante qui nous semble très logique pour expliquer au point de vue pathogénique la coïncidence de la grossesse intra et extra-utérine.

« Quel que soit l'obstacle invoqué et, étant donné le mécanisme de la grossesse gémellaire normale, on peut théoriquement tirer les conclusions suivantes au point de vue de la pathogénie de la grossesse intra et extra-utérine simultanée :

» 1° Les deux ovaires participent à l'évolution ; les deux ovules destinés à l'utérus doivent cheminer chacun par une trompe différente. L'une

de ces trompes peut être malade, l'autre saine. La trompe lésée retiendra son ovule tandis que l'autre permettra la progression naturelle du deuxième ovule du côté opposé ;

» 2° Un seul ovaire participe à l'évolution. En ce cas, qu'une même vésicule contienne deux ovules ou qu'un seul ovule contienne deux germes, on peut admettre, les deux ovules cheminant ensemble dans la trompe, que l'un d'eux y soit retenu, tandis que pour l'autre la migration continue.

» 3° Il arrive fréquemment dans la grossesse gémellaire intra et extra-utérine que les deux fœtus ne soient pas absolument du même âge, ce que l'on constate cliniquement par une différence de poids à la naissance ou par deux naissances successives.

» On a noté entre eux un intervalle de un, deux, trois mois et plus En effet, la superimprégnation tardive reste possible tant que les caduques ovulaire et utérine du premier œuf ne s'opposent pas par leur fusion au passage des spermatozoïdes, c'est-à-dire pendant les trois ou quatre premiers mois. La deuxième condition nécessaire est la maturation d'un follicule de Graaf. Or, cette ovulation peut continuer pendant la grossesse comme l'ont prouvé les recherches de Cosentino, de Wolff, etc., et comme on l'a constaté plus d'une fois à l'autopsie de femmes mortes pendant la

gestation. La superfœtation peut être aussi bien intra et extra-utérine que bi-ectopique ou simplement gémellaire normale. On peut donc admettre, pour le cas qui nous occupe, que la trompe, qui a reçu le premier ovule, était saine lors de son passage ; qu'elle est plus tard devenne malade et qu'au moment de la migration du deuxième ovule, celui-ci, retenu par une lésion de la muqueuse tubaire, s'est greffé en un de ses points.

» Ces conclusions, nous le répétons, sont tout hypothétiques, mais elles nous paraissent dignes d'être proposées. »

Il est intéressant aussi de rapporter l'opinion de H. Larges. Cet auteur pense qu'il se produit en obstétrique dès le moment de la fécondation de l'ovule des arrêts de développement et qu'on rencontre des stigmates obstétricaux de dégénérescence, analogues aux défauts dans l'évolution du testicule, des degrés divers d'ectopie. Pour lui, les grossesses gémellaires en général, les grossesses ectopiques et, à plus forte raison, les grossesses où il y a à la fois gémellité et ectopie font partie de ces stigmates obstétricaux de dégénérescence.

Pinard, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, relate l'opinion de Barnes pour qui lés deux ovules fécondés arrivent, à cause d'une malformation, d'une adhérence, d'une altération inflammatoire des tissus, à se gêner mutuellement,

et l'un, jouant par rapport à l'autre le rôle de corps étranger, arrive à l'empêcher de pénétrer soit dans la trompe (grossesse abdominale), soit dans l'utérus (grossesse tubaire).

Pour Cantwell, l'arrêt de l'ovule dans la trompe est dû à ce que la muqueuse a déjà été altérée par le passage du premier ovule ; le second ovule est obligé de passer plus lentement et, dans cette migration de plus longue durée, il s'accroît suffisamment pour se trouver complètement arrêté par son volume.

Il faut avoir la franchise de Dupouy et avouer que ce sont là de pures hypothèses plus ou moins vraisemblables. Un seul fait reste scientifiquement établi : la fréquence des lésions utéro-annexielles au cas de grossesse ectopique simple et au cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine. Puisque bien des femmes atteintes de métrite ou de salpingite mènent à bien une grossesse, ou du moins sont aptes à être fécondées, on conçoit que de deux ovules évoluant chez une femme, qui présente des lésions de l'utérus et des annexes l'un s'arrête normalement dans la cavité utérine, tandis que l'autre, à cause de l'état pathologique, s'arrête en situation anormale dans la trompe ou la cavité abdominale.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Toutes les observations que nous avons relevées à l'exception de celles de Strauss montrent que les chirurgiens ont ignoré la coïncidence de la grossesse gémellaire. Strauss établit pourtant son diagnostic dès la douzième semaine en se basant surtout sur le volume démesuré de l'abdomen par rapport à l'âge de la grossesse. Il faut bien reconnaître que c'est un symptôme de faible valeur s'il est isolé, car rien n'est plus variable que le volume de l'abdomen et même si l'exagération de la grosseur du ventre peut être établie, tant de causes sont susceptibles de la provoquer qu'il paraît bien difficile que le chirurgien pense justement à la coïncidence de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine qui est l'une des causes les moins fréquentes.

Cliniquement les choses se passent exactement comme dans la simple grossesse ectopique dans toutes les observations qui ont été publiées. La femme vient consulter parce qu'elle se croit enceinte ou bien parce qu'une douleur violente, une fausse couche supposée ou une hémorragie persistante lui fait croire que sa grossesse n'évolue pas normalement. Dans le premier cas la grossesse n'est pas interrompue, dans le second cas l'un des œufs est la cause de l'accident et c'est le plus souvent l'œuf ectopié qui s'est rompu. Il est presque impossible que l'examen médical vienne faire le diagnostic de grossesse gémellaire. Voyons comment le clinicien va être impressionné par son examen.

1° Supposons d'abord le cas d'une grossesse gémellaire intra et extra-utérine dans laquelle aucun accident n'est venu interrompre le cours de la grossesse. Si nous nous trouvons dans les trois ou quatre premiers mois, le diagnostic de la grossesse ectopique est déjà bien difficile. La femme consulte le plus souvent parce qu'elle souffre dans un côté du ventre. L'inspection et le palper ne donnent pas de renseignements et c'est seulement le toucher vaginal qui peut faire percevoir à côté d'un gros utérus une masse annexielle plus ou moins volumineuse. Si la femme ne présente aucun antécédent annexiel l'idée de la grossesse

ectopique se présentera à l'esprit du clinicien, mais, nous l'avons dit, les grossesses ectopiques évoluent presque toujours chez des femmes déjà atteintes. C'est donc très rarement que le diagnostic de grossesse abdominale ou tubaire pourra être fait. Que dire alors du diagnostic de grossesse combinée intra et extra-utérine ?

L'utérus est gros et la masse annexielle forme un second globe près de l'utérus. Mais cette disposition se rencontre aussi dans la grossesse simplement ectopique, l'utérus augmentant toujours de volume en même temps que l'œuf se développe à côté de lui. Il faut bien dire que le diagnostic est à peu près impossible et, tout en félicitant Strauss de l'avoir établi, il est permis de croire qu'il a été servi par le hasard.

A mesure que la grossesse avance en âge le diagnostic peut toutefois se préciser. En effet, la masse annexielle, continuant à se développer, est plus nettement perceptible par le toucher et le palper combinés et, surtout l'utérus, se développant comme un utérus gravide, peut être distingué par le clinicien de l'utérus simplement hypertrophié de la grossesse extra-utérine. Mais alors jusqu'à ce qu'on aperçoive nettement les bruits du cœur fœtal de la grossesse ectopique et de la grossesse utérine toutes les hypothèses sont possibles de grossesse utérine compliquée de salpingo-ova-

rite, d'appendicite, de tumeur de l'ovaire ou du ligament large.

Si les deux grossesses continuent à évoluer les deux foyers d'auscultation fœtale feront faire le diagnostic de grossesse gémellaire et la difficulté du diagnostic est alors de distinguer la grossesse gémellaire intra-utérine de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal pourra montrer que, dans le cas qui nous occupe, à côté de l'utérus existe une tuméfaction indépendante qui repousse le globe utérin du côté opposé. Nous croyons cependant que seul le clinicien qui aura vu évoluer cette grossesse double sera capable de faire le diagnostic de grossesse intra et extra-utérine associée.

2° Mais le plus souvent une rupture s'est faite dans la grossesse ectopique ou l'utérus gravide a fait une fausse couche et cette terminaison est presque la règle puisque nous la trouvons 80 fois sur 100. Quelle est la cause de l'interruption ? Presque toujours l'accident survient du côté de l'œuf ectopique : la trompe ou le kyste abdominal ou ovarique se rompt. Dans le cas de Wilson seulement nous trouvons la grossesse utérine interrompue sans interruption de la grossesse ectopique.

Au cas de rupture de l'œuf ectopique peut-on faire le diagnostic ? Ici encore on doit reconnaître

que la chose est presque impossible. Si la grossesse n'est que de quelques mois il sera bien difficile de voir plus que les phénomènes de rupture ou d'inondation péritonéale. L'augmentation du volume de l'utérus par la gravidite se confondra avec l'hypertrophie qui accompagne toujours la grossesse extra-utérine, d'autant plus facilement que la présence de l'hématocèle rendra encore plus difficile l'appréciation du volume de l'utérus. Si l'accident se produit à une date plus avancée de la grossesse, peut-être le clinicien trouvera-t-il, dans la coïncidence des phénomènes de rupture avec la constatation d'un utérus gros et d'aspect normal, un motif de soupçonner la grossesse gémellaire intra et extra-utérine.

Mais même si le volume de l'utérus et à une époque tardive la constatation des bruits du cœur fœtal dans la cavité utérine peuvent faire songer à une grossesse, il restera très probablement bien des doutes pour l'esprit du médecin sur la nature de la grossesse péri-utérine dont la rupture aura été la cause de l'accident pour lequel il aura été appelé. Il songera bien plus souvent à une appendicite ou à une rupture ou torsion de kyste de l'ovaire ou de salpingite, qu'à une seconde grossesse ectopique accompagnant la grossesse utérine. Si les phénomènes de rupture allaient jusqu'à l'inondation péritonéale peut-être l'état d'anémie

aiguë du sujet mettra-t-il le clinicien sur la voie du diagnostic, surtout s'il a suivi la malade au cours de sa grossesse. Cette éventualité se présentera, du reste, rarement, car les accidents abdominaux éclatent surtout dans les premiers mois.

En résumé, nous croyons que le diagnostic de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine sera rarement possible surtout dans les premiers mois. En dehors de la rupture la grossesse ectopique simple est déjà difficile à reconnaître, que penser d'un état qui évolue sans symptôme qui lui soit spécial ? Le plus souvent la découverte de la grossesse intra et extra-utérine combinée est toute fortuite et constitue une surprise sur la table d'opération.

TRAITEMENT

La grossesse gémellaire intra et extra-utérine peut-elle évoluer jusqu'à terme? Nous ne trouvons cette terminaison que 15 fois sur 95 observations, soit la faible proportion de 15,7 o/o. Et encore faut-il dire que sur ce chiffre 7 fois seulement la terminaison fut absolument heureuse et permit de recueillir deux enfants vivants.

Dans les 8 cas restants, il arriva 6 fois que l'un des deux fœtus fut trouvé mort. Dans les deux autres cas les deux fœtus étaient morts.

Le plus souvent les deux fœtus ont été trouvés morts à la fois. Dans un tiers des cas environ, la grossesse ectopique a été seule interrompue. Enfin dans un cas on trouve l'interruption de la grossesse utérine, la grossesse ectopique continuant à se développer. Dans les observations de Philipp, Hoin, Idondon, Ambrogioni, Weber, Cooke, Starby, Hoyden, Chabert, Dumollard, Ahlfeld, Herzfeld, Franklin, Cooke-Hirst, etc. le fœtus

intra-utérin put aller à terme et dans la moitié des cas environ il était vivant. Il fut extrait vivant par le forceps dans le cas de Harderup et dans le cas de Dumollard. Dans les cas de Chrobach, de Ludwig, les deux enfants étaient tout à fait à terme et bien constitués.

La date de la mort du fœtus intra-utérin varie de quelques semaines à plusieurs mois. Le plus souvent il se produit un avortement vers deux ou trois mois. Quelquefois il se fait un accouchement prématuré vers six mois. Enfin sept fois le fœtus est mort à terme. Quant au fœtus extra-utérin, il peut succomber à tout âge de son évolution. La rupture, nous l'avons dit, se produit le plus souvent du second au quatrième mois. Huit fois on a trouvé le fœtus mort complètement développé à terme.

La mort du fœtus est due le plus souvent à une rupture de la trompe ou du kyste fœtal avec l'inondation subite et son cortège dramatique. Quelquefois, le fœtus ectopique mort par rupture, le fœtus intra-utérin succombe quelques jours ou quelques semaines plus tard par action réflexe.

Le cas de Moulonguet est curieux parce que le fœtus ectopique mourut non de rupture, mais par suite de la torsion de la trompe, le fœtus utérin continuant à se développer jusqu'au terme de la grossesse.

Enfin les deux fœtus peuvent succomber à la suite de la mère qui peut mourir d'hémorragie ou d'infection péritonéale due à une suppuration annexielle concomitante, à une intervention chirurgicale ou à une rétention placentaire.

Comme on le voit le pronostic est grave pour la mère et pour le fœtus. Pour la mère, les observations donnent environ 30 o/o de mortalité ; pour le fœtus intra-utérin, 75 o/o ; pour le fœtus extra-utérin, 6 o/o. Il convient pourtant d'ajouter que le pronostic pour la mère surtout était beaucoup plus grave avant l'ère antiseptique puisque la conduite du chirurgien était alors de laisser évoluer la grossesse, les dangers de celle-ci étant encore moins grands que l'acte opératoire quel qu'il fût.

Il en est tout autrement aujourd'hui. Grâce surtout aux enseignements du professeur Pinard, la grossesse ectopique est devenue chirurgicale, c'est-à-dire qu'il est du devoir du chirurgien d'intervenir pour une grossesse ectopique comme pour une hernie étranglée et la grossesse gémellaire intra et extra-utérine a vu comme la grossesse simplement ectopique sa gravité diminuer depuis que la chirurgie aseptique peut intervenir.

Quelle sera donc la conduite du chirurgien en face de la grossesse intra et extra-utérine combinée ? Pour répondre à cette question, nous

devons envisager les trois éventualités possibles :

1° Le chirurgien est appelé pour une grossesse gémellaire intra et extra-utérine avec phénomènes de rupture. Ceux-ci peuvent être plus ou moins alarmants, depuis l'hématocèle ne se traduisant que par une douleur vive jusqu'à l'inondation péritonéale éclatant avec son cortège dramatique et pouvant tuer la malade en quelques heures. Nous croyons que, quelle que soit la gravité de l'hémorragie intra-péritonéale, la conduite du chirurgien est d'intervenir le plus vite possible. Sans doute dans quelques cas la situation ne sera pas mortelle si on s'abstient d'opérer.

Ici comme dans la grossesse ectopique simple rompue l'hémorragie peut s'enkyster et dans quelques cas exceptionnels la malade peut guérir sans avoir été opérée. Cependant en présence d'une femme chez qui vient de se produire une rupture de grossesse extra-utérine il faut reconnaître que les chances de guérison spontanée sont minimes à côté de celles que donne une intervention faite sans retard. L'abondance de l'hémorragie immédiate, la possibilité d'hémorragies ultérieures, d'infection de l'hématocèle sont des dangers bien plus grands que l'intervention. Celle-ci tire sa gravité de l'état général du sujet et de l'importance des adhérences rencontrées par le chirurgien. Les conditions de l'opération seront d'autant

moins graves qu'elle aura été pratiquée plus tôt.

2° Supposons le chirurgien placé en face d'une grossesse gémellaire intra et extra-utérine non rompue pendant les premiers mois de cette grossesse. Les indications opératoires sont absolument les mêmes que celles de la grossesse ectopique. En effet, du moment qu'on a constaté chez une femme un fœtus extra-utérin, que la grossesse soit simple ou gémellaire, il faut considérer cette femme comme se trouvant en imminence d'accidents très graves et, se réfugier dans l'abstention, serait fuir le danger sous prétexte qu'on ne le voit pas immédiat. Sans doute, l'opération expose théoriquement à supprimer la vie de quelque fœtus qui eût pu, dans des circonstances exceptionnellement heureuses, atteindre la viabilité et donner à une laparotomie ultérieure la satisfaction de donner un enfant vivant. Mais nous avons vu le peu de chances de mettre au monde un enfant à peu près à terme et bien constitué. Deux observations sur 97 sont favorables à la temporisation et en face des dangers que court la mère par l'abstention nous estimons qu'il n'y a pas d'hésitations possibles.

3° Les conditions ne sont plus les mêmes si la grossesse gémellaire dont nous parlons arrive sans accident à une époque avancée où il est permis d'espérer que les deux fœtus peuvent naître à

terme ou du moins assez près du terme pour vivre. Nous avons vu que cette éventualité doit se produire très rarement puisque le terme ordinaire de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine est la rupture de l'œuf ectopié. Cependant l'évolution de deux grossesses jusqu'au septième ou huitième mois est possible, et alors la mère ne courant pas un danger immédiat, nous sommes d'avis de temporiser et de sacrifier quelques-unes des chances de la mère à l'existence possible des enfants. En présence d'un pareil cas nous attendrions, toujours prêt à intervenir au cas d'accident subit, le septième ou le huitième mois pour pratiquer la laparotomie avec chances d'extraire par le ventre un enfant vivant et de voir la mère expulser dans les mêmes conditions un deuxième enfant.

A part ce cas tout à fait rare de grossesse gémellaire intra et extra-utérine ayant évolué à peu près jusqu'à terme nous sommes, avec la plupart des chirurgiens, formellement partisan de l'intervention immédiale.

En quoi consistera l'opération ? En présence d'une grossesse simple ectopique, surtout quand l'intervention est décidée pour rupture et qu'il faut aller vite en déterminant le moins de délabrement et de shock opératoire possible, le chirugien se contente presque toujours d'extirper le kyste fœtal et d'évacuer les caillots qui encombrent la

cavité abdominale. Cependant quand il n'y a pas urgence à fermer la plaie abdominale, beaucoup de chirurgiens, rencontrant une lésion des deux annexes, pratiquent l'hystérectomie subtotale. Evidemment il ne faudrait pas ici se décider pour cette opération. En l'absence de diagnostic de grossesse gémellaire l'hystérectomie a été faite quelquefois et elle fut pratiquée par le Dr Le Nouëne lors de l'intervention à laquelle nous avons assisté, le chirurgien ayant cru bien faire de guérir radicalement sa malade de la mitrosalpyngite dont elle souffrait depuis longtemps et dont elle n'a plus souffert depuis lors. Mais quand le diagnostic aura été fait ou avant l'opération ou plutôt au cours de celle-ci le chirurgien, voyant un utérus gravide, s'abstiendra non seulement de l'hystérectomie, mais de toute manœuvre sur l'utérus.

Quand l'opération aura été décidée nul doute ne doit persister sur la voie d'accès de la grossesse ectopique. Les chirurgiens sont déjà d'accord quand ils se trouvent en présence d'une grossesse extra-utérine simple pour intervenir par la voie abdominale, excepté quelques cas d'hématocèle enkystée et ancienne qui bombent dans le Douglas et semblent réclamer eux-mêmes la colpotomie. A plus forte raison faut-il intervenir par le ventre quand le diagnostic est hésitant comme au cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine et que

le volume du globe utérin menace de gêner le chirurgien pour une opération par la voie vaginale.

Nous avons vu que dans la grossesse extra et intra-utérine associée des hémorragies et surtout l'infection utérine *post partum* sont relativement fréquentes. L'accoucheur redoublera donc ici de précautions aseptiques et au besoin antiseptiques, recourant au cas où cela serait nécessaire aux injections intra-utérines et au curettage.

Nous l'avons dit en commençant ce chapitre la grossesse gémellaire intra et extra-utérine est surtout du domaine du chirurgien et les statistiques démontrent que la mortalité des fœtus, mais surtout de la mère, a beaucoup diminué depuis que la thérapeutique s'est engagée dans cette voie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance du Dr Le Nouëne.)

Mme J..., trente-huit ans, est soignée depuis quelques mois par le Dr Daniel du Havre pour des douleurs abdominales qu'elle accuse dans tout le bas-ventre mais surtout dans la région iliaque droite, les douleurs sont parfois si violentes que le médecin traitant, tout en reconnaissant l'existence d'une salpingo-ovarite double s'est demandé s'il n'existait pas en même temps des coliques néphrétiques droites.

Au moment où le Dr Le Nouëne est appelé à voir la malade, celle-ci présente un arrêt absolu de ses règles depuis trois mois et des envies fréquentes d'uriner.

Le palper abdominal ne révèle rien. La paroi est épaisse et la femme souffre à la moindre tentavive de pression.

Le toucher vaginal montre un col ramolli, un utérus du volume du poing et dans le cul-de-sac droit une masse

grosse comme une mandarine, douloureuse à la pression de l'index.

Le diagnostic porté est celui de grossesse extra-utérine droite.

Rien au cœur ni aux poumons. Ni sucre ni albumine.

Opération sous chloroforme le 22 février 1908. La laparotomie montre un kyste fœtal du volume d'une orange à droite. L'utérus est presque aussi gros que le poing Dans le cul-de-sac gauche on voit une mitrosalpingite adhérente au côlon descendant. L'appendice adhère au kyste fœtal. En présence de cette mitrosalpingite avec appendicite qui accompagne la grossesse tubaire droite le Dr Le Nouëne pratique une hystérectomie subtotale.

La malade sort guérie de l'hôpital Pasteur du Havre le 16 mars 1908.

Après l'opération l'examen des pièces a montré que l'utérus contenait un fœtus d'environ six semaines.

OBSERVATION II

(E. F. Belanstegui. — *Rev. Socied. med. arg.* Buenos-Ayres, 1900.)

Un cas de grossesse double, intra-utérine et ectopique

Femme de trente-trois ans, Italienne, cuisinière. Ses antécédents héréditaires manquent d'intérêt.

Réglée à quatorze ans, elle se marie à dix-huit. Trois mois après son mariage elle a un fils, lequel vit, bien portant.

Le 23 septembre, elle ressentit de fortes douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, et après une métrorragie abondante, elle avorta, le 24, d'un fœtus de trois à quatre mois, au dire de la sage-femme qui l'assista. La délivrance ne se fit pas, et, pendant les quelques jours qui suivirent, la femme eut des pertes sanguines suivies de lochies fétides, ce qui la décida à entrer à l'hôpital le 12 octobre.

L'état de la malade à son entrée est mauvais. Température 39 degrés. Pouls 120, régulier, mais faible. Frissons. Le lendemain, extraction d'un placenta dans un état de putréfaction avancée, très fétide, et correspondant par ses dimensions à un fœtus de trois à quatre mois. Le curettage fut nécessaire pour extraire les parties adhérentes. La température retombe, l'état général s'améliore.

Cinq jours après cette intervention, la malade passe une mauvaise nuit ; elle a des frissons, de la fièvre, de fortes douleurs dans le bas-ventre, principalement à gauche, où l'on constate une tumeur d'un volume d'une orange, facilement accessible, lisse et peu douloureuse au toucher. L'infection récente, jointe à l'apparition brusque des douleurs, faisaient pencher le diagnostic vers une lésion suppurative. Mais la tumeur et son volume firent plutôt croire à un foyer hémorragique venant de la trompe.

On propose une laparotomie que la malade refuse.

Le 8 novembre, elle réintègre l'hôpital, disant que, jusqu'au 30 octobre, elle avait souffert de légers malaises ; que ce jour-là à 7 heures du matin, elle avait de nouveau

ressenti de violentes douleurs accompagnées de frissons et qu'elle avait eu une syncope dont elle ne peut déterminer la durée. Elle s'aperçut alors que la tumeur s'était beaucoup développée. A l'inspection et à la palpation abdominale on trouve, occupant le bassin et surtout la fosse iliaque gauche, une tumeur augmentée de volume, irrégulière, dure et peu douloureuse à la pression. Au toucher on trouve un col ramolli et dévié à droite, ainsi que tout l'utérus.

Laparotomie le 10 novembre. A l'ouverture de l'abdomen, on constate une congestion très marquée des organes pelviens. Le péritoine qui revêt la tumeur est épaissi et couvert d'exsudats fibrineux, transformés en partie en fausses membranes qui ont créé des adhérences avec les organes voisins. En détruisant ces adhérences, le péritoine se déchire, donnant issue à un grand nombre de caillots parmi lesquels se trouve un fœtus macéré de trois à quatre mois. Le placenta, décollé en partie, finit par se détacher avec la plus grande difficulté. Par suite des adhérences intimes du sac hémorragique avec les organes voisins, surtout les intestins, son extirpation est impossible.

Après avoir évacué les caillots et assuré l'hémostase on soutient et on isole le sac par un pansement à la Mikuliks, et on procède à la fermeture de la plaie abdominale, par une série de plans séparés au catgut.

Vingt-huit jours après l'opération, la malade sortit guérie.

OBSERVATION III

(G. Zinke. — *Amer. Journal of Obst.*, 1901.

Cas de grossesse intra-utérine et extra-utérine.

Le cas examiné peut se résumer ainsi :

Grossesse extra-utérine venant compliquer une grossesse normale. Pas d'antécédents. Cœliotomie. Guérison Pas d'interruption dans la marche de la grossesse intra-utérine. L'accouchement a lieu à terme.

La malade eut, de mars en juin 1899, de violentes douleurs dans le bas-ventre.

Un examen rapide fit décider une intervention immédiate. Quarante jours après, la malade était guérie. Elle accoucha en décembre, la grossesse ayant duré deux cent quatre-vingt-dix jours. Tout se passa normalement.

L'auteur décrit la trompe enlevée. Elle présente un grand intérêt en ce sens que les coupes microscopiques y montrent la formation de villosités placentaires et la formation de divers organes du fœtus.

OBSERVATION IV

(Boyer. — *British Med. Journ.*, oct. 1901.)

Un cas de grossesse double extra-utérine et intra-utérine

M X..., vingt-neuf ans, entra à l'hôpital le 19 mars 1897, pour métrorragie. Elle était mariée depuis dix ans

et avait eu deux enfants : l'un il y a dix ans, l'autre il y a quatre ans.

Le premier accouchement nécessita l'emploi du forceps ; elle n'eut jamais de fausse couche. Elle fut réglée pour la dernière fois le 1er janvier 1897, et les pertes furent peu abondantes. Elle n'eut pas ses règles à la date normale de février, mais le 9 de ce mois elle eut une légère perte d'eau colorée qui disparut bientôt, mais se reproduisit le 19 février. A ce moment la malade éprouva des douleurs et se sentit fatiguée, mais ne garda pas le lit et la perte cessa de nouveau.

La laparotomie fut pratiquée le 2 avril.

La trompe droite dilatée, de la grosseur d'une petite orange, était libre de toute adhérence à la paroi pelvienne et au côté droit de l'utérus. Elle fut enlevée avec l'ovaire.

L'ovaire et la trompe gauche étaient sains et dépourvus d'adhérences, et on n'y toucha pas.

L'utérus continua à augmenter de volume, et en juin on percevait les bruits du cœur fœtal. Le 21 juillet, au sixième mois, il se produisit une hémorragie subite qui ne dura que très peu et disparut par le repos au lit. Le 31 octobre elle accoucha d'une fille qui pesait 7 livres 1/2. Le travail dura six heures un quart et se passa sans aucun accident.

La femme a eu depuis une autre grossesse normale et accoucha, en juin 1900, d'un bel enfant mâle. Elle est actuellement parfaitement bien à tous égards.

OBSERVATION V

(Perkins. — *Boston Med. and Surgery Journal*, 1902. V-CXLVI, nº 11.)

Un cas de grossesse intra et extra-utérine simultanée.

Il s'agit d'une femme hystérique, présentant des zones hystérogènes très nettes, ayant souffert d'ovarite chronique et d'appendicite.

L'auteur décrit les antécédents et les commémoratifs, puis l'état actuel de la malade, il insiste sur la difficulté d'un diagnostic précis.

L'opération est décidée et pratiquée en décembre 1900. Elle consiste à extraire le sac extra-utérin, en respectant l'utérus.

En janvier 1901, la femme fut prise des douleurs de l'enfantement ; il fallut dilater le col et extraire le fœtus utérin.

Quinze jours après la malade sortit guérie.

OBSERVATION VI

(F. W. Cantwell.— *New York Med. Rec.*, avril 1901.)

Grossesse intra-utérine et ectopique simultanée.

Femme de trente-sept ans. Antécédents : scarlatine et coqueluche. Réglée à seize ans normalement à part une légère dysménorrhée. Mariée à vingt-trois ans. Un pre-

mier accouchement nécessita l'emploi du forceps et l'anesthésie chloroformique. Il y a vingt et un mois la femme fit une fausse couche de sept mois de cause inconnue.

Environ quatre semaines auparavant cette femme avait été prise de nausées et de vomissements en même temps que de douleurs aiguës dans le bas-ventre revenant avec intermittence tous les deux jours.

A l'examen, l'utérus a les dimensions d'une grossesse de dix semaines. Le col est ramolli et augmenté de volume, déhiscent. A gauche existe une petite tumeur, sensible à la palpation.

Laparotomie le 17 janvier au matin. Une incision pratiquée à la partie inférieure du péritoine, découvrit dans le bassin de vieux caillots noirs mêlés à du sang liquide.

L'auteur remarqua, au cours de la laparotomie, que l'utérus était plus volumineux que dans la grossesse ectopique en général. Mais il n'entra pas dans son esprit qu'il pût contenir un fœtus de trois mois.

18 janvier. — A 10 heures du matin, la patiente expulsa sans douleur ni difficulté, sans même s'en apercevoir, un fœtus de trois mois qui semblait avoir vécu la veille. Le 19 le placenta fut expulsé intégralement avec ses annexes.

La patiente quitta l'hôpital, en bonne santé, le 16 février.

OBSERVATION VII

(E. Meyer. *Zentralbatt f. Gynœk.* Leipzig, 1903.)

Femme de trente-quatre ans, sans antécédents, bien constituée et bien réglée. Dans le cul-de-sac de Douglas on sent une tumeur arrondie de consistance ferme et tendue.

Expulsion d'un fragment de placenta à l'aide de la pince à faux germes.

Glace, opium.

Quelques jours après la température est de 39, le pouls à 120. La tumeur fait pression dans la paroi vaginale, à travers l'orifice et fait procidence à la vulve.

Trois jours après une incision, un nettoyage énergique de la cavité utérine avec de l'eau chlorurée amène par l'ouverture produite par l'incision une masse sombre que l'on extirpe à l'aide de pinces et que l'on reconnaît être un placenta complet d'environ dix semaines.

Mort du fœtus intra-utérin.

Mort du fœtus extra-utérin.

Guérison de la mère.

OBSERVATION VIII

(E. Meyer. *Zentralbatt f. Gynœk.* Leipzig, 1903.)

Femme de vingt-cinq ans, saine et vigoureuse.

Pas d'antécédents morbides. Un premier accouchement a nécessité l'emploi du forceps. Actuellement, après

quelques malaises, expulsion spontanée d'un œuf complet semblant âgé de quatre à cinq semaines, que l'on trouve au milieu de caillots.

L'hémorragie cesse : mais la nuit suivante la femme éprouve des douleurs assez vives dans le bas-ventre, en même temps que des symptômes de compression.

Laparotomie.

A l'ouverture du ventre, on tombe sur le kyste fœtal. Les trompes étaient saines et normales. On résèque l'appendice.

Mort du fœtus intra-utérin.

Mort du fœtus extra-utérin.

Guérison de la mère.

OBSERVATION IX

(J. B. Morisson. *New-York. Med. Jour.*, juin 1903.)

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, ayant déjà eu une grossesse à terme et quatre avortements. Actuellement elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre.

Température : 105 degrés Farenheit. Pouls ; 100.

L'examen de l'abdomen et le toucher vaginal révèlent un utérus normalement placé et de la grosseur d'une orange.

Pas de météorisme.

Après cinq jours de douleurs, la femme est prise d'une métrorragie abondante qui se termine par l'expulsion d'un premier fœtus.

L'hémorragie persistant, l'auteur se décide à explorer la cavité utérine d'autant plus que le placenta n'est pas expulsé.

L'examen digital montre que les parois utérines sont partout lisses ; mais du côté droit l'utérus pénètre dans une cavité sur les bords de laquelle on sent une masse lisse et arrondie dont le bord semble inégal et granuleux.

C'était le placenta *in situ*. Délivrance artificielle.

OBSERVATION X

(Ch. Reifferscheid. *Zentralblatt f. Gynæk.* Leipzig, 1903.)

Femme de vingt-six ans, bien constituée. Pas d'antécédents obstétricaux. Bien réglée.

Elle est prise de douleurs dans le bas-ventre, sans accompagnement d'hémorragie. Au palper on trouve un utérus gravide d'environ trois mois et en antéflexion.

L'auteur pose le diagnostic de grossesse extra-utérine située à gauche. En même temps l'examen de l'utérus et le fait qu'il n'y a pas d'hémorragie font conjecturer une grossesse intra-utérine.

On décide une laparotomie.

L'opération met à découvert un utérus gravide de trois mois environ. A gauche de l'utérus, on tombe sur une tumeur molle de la grosseur d'un œuf d'oie. L'opération démontre qu'il y a eu avortement tubaire et permet d'établir très vraisemblablement le diagnostic de grossesse intra-utérine.

OBSERVATION XI

(Geyl. *Zentralblatt f. Gynæk.* Leipzig, 1903.)

Femme de trente-cinq ans, primipare, enceinte de quatre mois. Le volume du ventre correspondait à une grossesse de huit mois, bien que les autres symptômes indiquassent une grossesse de quatre mois et demi environ.

Par la palpation et la percussion, on délimita une tumeur piriforme, peu mobile, élastique, remontant en haut jusqu'au creux épigastrique et disparaissant en bas dans le petit bassin. Dans cette tumeur, on sentait à droite, à la hauteur de l'ombilic, des petites parties fœtales.

A gauche du col se trouvait une masse résistante, dure et arrondie ressemblant à une tête fœtale.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine s'imposait.

Laparotomie.

L'opération permit de découvrir un fœtus du sexe féminin, de quatre mois, rattaché par un cordon au placenta situé sur le plancher pelvien à droite de l'utérus. Deux jours après l'opération on trouva hors de la vulve, et baignant parmi des caillots, un petit œuf intact du volume d'une petite orange.

La malade mourut.

Fœtus intra-utérin mort.

Fœtus extra-utérin mort.

OBSERVATION XII

(W. W. Potéenko. *Journ. Akonski Jensk. Bol.* Saint-Pétersbourg, 1904.)

L'intérêt de ce cas consiste en ce que cette double grossesse simultanée s'est produite à deux époques différentes, ce que l'on constate d'après la grosseur des œufs fécondés. De l'examen pratiqué, on peut conclure que la grossesse tubaire, qui paraît remonter à trois mois, a devancé la grossesse intra-utérine ; cette dernière correspond au sixième mois environ.

OBSERVATION XIII

(R. W. Anthony. — *British. Med. Journ.*, janvier 1904.)

Un cas de grossesse ectopique compliquant une grossesse.— Douleurs. — Suicide.

L'auteur fut demandé en novembre 1903 pour faire l'autopsie d'une femme hindoue, âgée de vingt-trois ans, suicidée. Elle avait, disait-on, souffert de douleurs atroces, dans le bas-ventre, douleurs qui l'avaient poussée au suicide.

L'histoire de la malade fut imparfaitement rapportée par le mari. Sa femme, disait-il, s'était crue enceinte il y avait un an, et pendant les deux derniers mois cette femme

avait atrocement souffert de douleurs abdominales et de vomissements.

En ouvrant l'abdomen on trouva un fœtus de sept mois qui semblait être mort en même temps que sa mère. Dans la région de la trompe gauche existait un pont de tissu qui reliait l'utérus à un autre sac de gestation occupant le côté gauche de la cavité abdominale. En ouvrant ce sac on trouve un fœtus à terme dont la peau commençait la transformation adipeuse.

OBSERVATION XIV

(Simpson. — *Amer. Journ. of Obst.*, mars 1904.)

Grossesse simultanément intra et extra-utérine.

Femme jeune, vigoureuse et bien constituée, atteinte de blennorragie déjà ancienne.

Trois mois environ après la cessation de ses règles, elle éprouve une douleur violente dans le bas-ventre.

Intervention rapide. La laparotomie permet de constater une rupture tubaire avec expulsion du fœtus que l'on trouve dans le bassin, mêlé à des caillots et à du sang.

On enlève la trompe rompue et le fœtus. L'opération est suivie d'une heureuse convalescence et dans la suite d'un accouchement normal.

OBSERVATION XV

(Balfour Marshall. — *Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp.*, 1900.)

Cas de rupture de grossesse tubaire coexistant avec une grossesse gémellaire intra-utérine.

Il s'agit d'une femme qui, en avril 1899, présenta des symptômes qui nécessitèrent son admission à la clinique. Violentes douleurs abdominales accompagnées de pâleur, faiblesse du pouls, tendance à la syncope, symptômes qui firent diagnostiquer une rupture de grossesse tubaire.

Une tumeur est perceptible à la palpation dans le bas-ventre. On décide d'intervenir.

Laparotomie qui permet de trouver un fœtus de huit mois bien développé dans la cavité abdominale.

L'hystérectomie est jugée nécessaire.

Mort de la patiente quelques jours après l'opération.

Autopsie. — L'ouverture de l'utérus y découvrit deux fœtus de trois mois environ, contemporains, bien constitués.

OBSERVATION XVI

(Dupouy. Thèse de Paris, 1904.)

La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de trente-deux ans et ne présentait aucun accident gravidique antérieur. Elle était mariée depuis quelques

années, mais n'avait eu ni enfants ni fausses couches. Depuis deux ou trois ans elle était réglée irrégulièrement.

Le dimanche 30 août, sans aucune cause, elle fut prise de douleurs abdominales vives, siégeant surtout dans le flanc droit. Un médecin pensa à un appendicite. Le dimanche suivant les mêmes phénomènes se reproduisirent : douleurs dans le ventre surtout à droite, sensibilité à la pression, vomissements, élévation de température à 38 degrés. Cela continua jusqu'au samedi suivant.

Le Dr Rivet qui la vit à ce moment élimina le diagnostic d'appendicite parce que le gâteau était situé non au-dessus de l'arcade de Fallope, mais au-dessus du pubis presque sur la ligne médiane. Le toucher vaginal offrait un utérus à col un peu ramolli, presque immobilisé et des culs-de-sac remplis, ne bombant pas cependant dans le vagin. Ces symptômes joints à une absence de règles depuis environ deux mois et demi firent porter le diagnostic de rupture de grossesse ectopique.

La laparotomie fut pratiquée. Il s'agissait en effet d'une rupture de grossesse tubaire du côté gauche (côté opposé à la douleur). Parmi les caillots on trouva un petit fœtus d'environ deux mois et demi. On laissa la trompe et l'ovaire droits qui paraissaient sains.

L'utérus avait frappé l'attention par son volume et le développement de ses veines plus prononcées que dans l'hypertrophie ordinaire de l'utérus au cas de grossesse ectopique.

Le troisième jour la malade éprouva de violentes douleurs abdominales et expulsa avec hémorragie très intense

un second fœtus du même âge que le premier. Le fœtus sortit seul. Le placenta resta dans l'utérus pincé au niveau de la corne gauche.

OBSERVATION XVII

(Dr Bichat. de Lunéville et Dr Marchal. de Einville. *Revue médicale de Normandie*, 10 décembre 1909)

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, habitant Einville. Ses antécédents héréditaires sont peu chargés; elle-même a été réglée à l'âge de douze ans, et, depuis, a eu des époques régulières, assez abondantes, durant quatre jours. A la suite des règles survenait périodiquement une leucorrhée durant quelques jours. Aucun antécédent gonococcique ou spécifique.

Cette jeune femme, mariée au mois de février 1898, a fait, au mois d'août de la même année, à la suite d'un long voyage en voiture et en chemin de fer, un avortement de trois mois, qui ne s'est accompagné d'aucune complication.

En juillet 1904, elle accouche normalement à terme d'une fille, après une grossesse régulière, un peu troublée seulement par des varices douloureuses. La délivrance fut suivie d'une hémorragie assez abondante.

En septembre 1905, nouvel accouchement à terme, et tout à fait normal, d'une fille.

Jusqu'au mois de mars 1907, la santé est parfaite. Les règles ont lieu du 8 au 12 mars 1907, à l'époque normale. Dans la nuit du 7 au 8 avril, et sans aucun prodrome,

Mme X... est prise brusquement de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, accompagnées de sensation de froid, tendances syncopales, facies grippé, accélération et petitesse du pouls, sans aucune élévation de température. Il n'existe pas de défense musculaire nette de la paroi abdominale, il n'y a pas de vomissement. Le ventre est légèrement ballonné, très douloureux à la palpation, au niveau de la fosse iliaque droite, sonore dans toute son étendue.

Un lavement laudanisé et des applications chaudes sur la fosse iliaque droite calment assez rapidement cette crise inquiétante.

Le lendemain, 8 avril, la malade se plaint encore de douleurs sourdes, quoique beaucoup moins vives, au niveau de la fosse iliaque droite qui reste très sensible au palper. Le toucher indique un col gros, mou, légèrement entr'ouvert ; un utérus augmenté de volume, en position normale. Le cul-de-sac vaginal droit est extrêmement sensible, et cette sensibilité ne permet pas d'approfondir l'examen, ni, par suite, de faire une constatation nette. La température est restée normale.

Mme X... est maintenue au repos complet au lit ; du 8 avril jusqu'à la fin du mois, la situation reste à peu près stationnaire : les règles n'apparaissent pas ; assez fréquemment surviennent de petites crises de coliques douloureuses dans la fosse iliaque droite ; la palpation devient plus facile, et permet, combinée au toucher, de constater, outre un ramollissement du col plus prononcé qu'au début du mois, la présence sur le côté droit de

l'utérus, d'une tuméfaction arrondie, du volume d'un œuf de poule, facilement délimitable, paraissant assez mobile et douloureuse au toucher.

L'un de nous, appelé à ce moment en consultation, porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, compliquée vraisemblablement d'accidents d'avortement tubaire, et propose immédiatement une intervention, qui est acceptée et pratiquée le 7 mai 1907.

Opération. — Laparotomie médiane, position de Trendelenburg. Les anses intestinales réclinées vers le diaphragme, on éponge tout d'abord une légère quantité (un demi-verre environ) de liquide séro-sanguin épanché dans le cul-de-sac de Douglas et très partiellement limité par des adhérences lâches ; on enlève en même temps quelques petits caillots peu adhérents au péritoine. L'utérus est reconnu, il est augmenté de volume, correspondant à un utérus gravide de six à huit semaines. L'ovaire droit est entouré en dehors de quelques adhérences fragiles, qui sont facilement rompues. Entre l'ovaire et l'orifice de la trompe, englobant ce dernier et très adhérent à l'ovaire, est une petite tumeur du volume d'une grosse noix, molle, fissurée, formée d'une coque peu épaisse et de caillots jaunâtres plus ou moins stratifiés. Nous procédons à l'ablation de cette petite tumeur, de la trompe et de l'ovaire droits. Guérison sans incident, la malade se lève au bout d'un mois.

L'examen macroscopique de la pièce montre que la petite tumeur sanguine est formée en partie aux dépens de la portion externe de la trompe, notablement dis-

tendue, et dont on ne reconnaît plus le pavillon. L'ovaire lui adhère assez intimement sur un espace large comme une pièce de 2 francs, et la séparation de la tumeur et de l'ovaire ne peut se faire qu'en arrachant une petite portion de tissu ovarien. Dans la tumeur elle-même se trouvait seulement du sang coagulé.

Etant donné le siège et la matière de ce kyste sanguin nous ne pouvions avoir eu affaire qu'à une grossesse tubo-abdominale formée primitivement dans la portion la plus externe de la trompe et à laquelle était venu, très vraisemblablement, adhérer secondairement l'ovaire

En se développant, ce sac ectopique s'était rapidement fissuré, il s'était écoulé un peu de sang dans le cul-de-sac de Douglas, la grossesse s'était interrompue et l'œuf s'était résorbé, au moins en grande partie.

Nous avons regretté de ne pouvoir, par suite de circonstances indépendantes de notre volonté, faire procéder à l'examen histologique de la pièce.

Les constatations faites au cours de l'opération nous avaient déjà fait émettre quelques doutes sur la possibilité d'une grossesse utérine concomitante, par suite de l'augmentation de volume de l'utérus plus forte que celle qui eût pu accompagner une grossesse extra-utérine interrompue au bout de quelques semaines. Et, en réalité, nos soupçons se confirmèrent : notre malade continua en effet une grossesse normale, et nous ne la revîmes plus qu'à l'occasion de son accouchement.

Le 18 novembre 1907, elle commence à ressentir quelques douleurs, et fait appeler la sage-femme. Celle-ci,

qui a bien voulu nous communiquer les observations qui suivent, trouve, à l'examen, deux foyers de battements, l'un sur la ligne médiane au niveau du fond de l'utérus, l'autre un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Le col n'était pas effacé, et le toucher permettait de constater l'absence de tout engagement ; on parvenait cependant à sentir une tête très mobile au niveau du détroit supérieur.

Du 19 au 21 novembre, les douleurs continuent, peu fréquentes et peu accusées, le col s'efface peu à peu.

Le 23 au matin les contractions se rapprochent et deviennent plus douloureuses, la dilatation s'opère assez rapidement ; à 9 heures du matin, est expulsé un garçon, bien portant, pesant 2.250 grammes.

L'utérus reste volumineux, et le toucher indique une deuxième poche des eaux, et, une tête mobile au niveau du détroit supérieur.

La deuxième poche des eaux est rompue artificiellement, et, à 9 h. 1/2, un second garçon est expulsé, pesant 2.750 grammes.

La délivrance s'effectue normalement, les suites de couches sont tout à fait régulières, les deux enfants sont restés bien portants depuis cette époque.

L'observation qui précède peut donc se résumer ainsi : début de grossesse vers le 15 mars 1907, dernières époques le 8 mars.

Le 7 avril, apparition brusque de phénomènes péritonéaux graves, qui nous font penser à un avortement tubo-ovarien.

La laparotomie, effectuée le 7 mai, confirme le diagnostic, permet de constater la présence d'un peu de sang dans le cul-de-sac de Douglas, et d'enlever un kyste sanguin, ayant tous les caractères d'une grossesse ectopique tubo-abdominale rapidement interrompue dans son évolution. Ensuite persiste une grossesse utérine, qui se termine le 23 novembre, c'est-à-dire au début du neuvième mois, par un accouchement gémellaire de deux garçons vivants.

A l'époque de la grossesse où nous sommes intervenus (septième semaine environ) il était bien difficile, sinon impossible d'affirmer le diagnostic, nous sommes intervenus en pensant nous trouver en présence d'une simple grossesse extra-utérine, et c'est la constatation, au cours de l'opération, d'une augmentation de volume de l'utérus qui ne cadrait pas avec une grossesse ectopique nettement interrompue depuis quelque temps déjà, qui nous a fait émettre dès ce moment l'hypothèse d'une grossesse utérine simultanée.

Nous avons été assez heureux pour voir cette dernière évoluer malgré le traumatisme opératoire, et se terminer près du terme par l'expulsion de deux enfants vivants.

Nous n'insisterons pas sur la ligne de conduite à tenir en pareil cas ; il est évident que la grossesse normale même reconnue, ce qui restera exceptionnel au cours des premiers mois, doit passer au second plan ; et que, malgré les risques très grands d'avortement, on doit enlever sitôt diagnostiquée la grossesse ectopique qui constitue à tout instant pour la mère le plus sérieux des dangers.

CONCLUSIONS

I.— La grossesse gémellaire intra et extra-utérine se produit presque toujours chez des femmes qui présentent des lésions de l'utérus et des annexes.

II. — Le diagnostic de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine est à peu près impossible dans les cinq premiers mois. Il peut être fait dans les derniers mois de la grossesse, mais le plus souvent, quelle qu'en soit l'époque, la grossesse gémellaire intra et extra-utérine constitue une surprise pour l'opérateur qui croit intervenir pour une simple grossesse ectopique intacte ou rompue.

III.— L'évolution de la grossesse gémellaire intra et extra-utérine est très variable : tantôt les deux fœtus succombent, et c'est la terminaison la plus habituelle ; tantôt l'un deux (plus rarement les deux) peut continuer son évolution.

IV.— Le traitement dans les cinq ou six pre-

miers mois consiste dans la laparotomie pour sauver la mère ; si la grossesse intra et extra-utérine est près du terme, on peut espérer par une expectative armée différer la laparotomie assez longtemps pour sauver les enfants avec la mère.

Vu : le Président de la thèse
P. SEGOND

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
Pour le Vice-Recteur
l'Inspecteur de l'Académie
M. CHASSAGNY

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris

258

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE